



Conseil d'examen  
du prix des médicaments  
brevetés

Patented  
Medicine Prices  
Review Board

# Effet des baby-boomers sur les dépenses en médicaments d'ordonnance et les demandes de remboursement

Effets du changement démographique sur les régimes  
publics d'assurance-médicaments provinciaux de l'Alberta,  
de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick  
et de la Nouvelle-Écosse

Décembre 2010



Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits

# SNIUMP

Canada

Publié par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Le document « Effet des baby-boomers sur les dépenses en médicaments d'ordonnance et les demandes de remboursement » se trouve en format électronique à l'adresse suivante : [www.pmprb-cepmb.gc.ca](http://www.pmprb-cepmb.gc.ca).

This document is also available in English under the title *Baby Boomer Effect on Prescription Expenditures and Claims*.

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés

Centre Standard Life

C.P. 140

333, avenue Laurier Ouest

Bureau 1400

Ottawa (Ontario) K1P 1C1

Tél. : 1-877-861-2350

613-952-7360

Téléc. : 613-952-7626

ATS : 613-957-4373

Courriel : [pmprb@pmprb-cepmb.gc.ca](mailto:pmprb@pmprb-cepmb.gc.ca)

Site Web : [www.pmprb-cepmb.gc.ca](http://www.pmprb-cepmb.gc.ca)

ISBN : 978-1-100-96255-9

N° cat. : H82-6/2010F-PDF

---

Les déclarations et les opinions exprimées dans le présent rapport du SNIUMP ne représentent pas la position officielle du CEPMB. Le SNIUMP est une initiative de recherche qui fonctionne indépendamment des activités de réglementation du Conseil.

## **Le CEPMB**

Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) est un organisme indépendant qui détient des pouvoirs quasi judiciaires. Il a été créé par le Parlement en 1987.

Le CEPMB est investi d'un double rôle : veiller à ce que les prix auxquels les brevetés vendent leurs médicaments brevetés au Canada ne soient pas excessifs et faire rapport des tendances des prix de vente de tous les médicaments ainsi que des dépenses de recherche et développement (R-D) des brevetés.

Le CEPMB rend annuellement compte au Parlement, par l'intermédiaire du ministre de la Santé, de ses activités, des tendances des prix de tous les médicaments et des dépenses de R-D des brevetés.

## **L'initiative du SNIUMP**

Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) effectue des analyses critiques des tendances des prix des médicaments d'ordonnance, de l'utilisation faite de ces médicaments et des coûts en médicaments au Canada. Les résultats de ces analyses éclairent le processus de décision des régimes d'assurance-médicaments fédéraux, provinciaux et territoriaux participants.

L'initiative du SNIUMP est un partenariat entre le CEPMB et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Elle a vu le jour en 2001 à la suite d'une entente entre les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.

## Remerciements

Le présent rapport a été rédigé par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) au titre du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP).

Le CEPMB reconnaît les contributions des membres du Comité directeur du SNIUMP pour leur supervision spécialisée et leur orientation dans le cadre de la rédaction du présent rapport.

## Résumé

En 2011, les baby-boomers les plus âgés auront 65 ans. Cette évolution démographique annoncera des changements radicaux dans les dépenses en soins de santé, y compris une augmentation des dépenses en médicaments d'ordonnance et du nombre de demandes de remboursement.

Selon les données sur les régimes publics d'assurance-médicaments de cinq provinces, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse, le présent rapport se concentre sur le segment de la population de 65 ans ou plus bénéficiant des régimes d'assurance-médicaments provinciaux.

L'analyse de l'étude porte sur des données historiques récentes (2002–2006) et la croissance future prévue des dépenses et du nombre d'ordonnances sur une période de 25 ans (2006–2031). La croissance future est prévue en fonction du coût par bénéficiaire de 2006 pour chaque période de 5 ans.

Même si bon nombre de facteurs contribuent au taux de croissance annuel moyen (TCAM) des dépenses en médicaments d'ordonnance (dont la réglementation des produits pharmaceutiques et la structure du marché), aux fins de cette étude, on tient compte seulement des effets du changement démographique. Il faut noter que les conclusions de cette étude ne peuvent pas être extrapolées pour d'autres groupes parmi la population canadienne ou d'autres secteurs du système de soins de santé.

### Analyses historiques (2002–2006)

De 2002 à 2006, l'Alberta a connu le TCAM le plus élevé de dépenses en médicaments d'ordonnance (6,6 %), suivie du Nouveau-Brunswick (6,2 %), du Manitoba (5,7 %), de la Saskatchewan (5,5 %) et de la Nouvelle-Écosse (5,3 %).

Mise à part l'incidence du changement démographique, l'Alberta a témoigné de nouveau de l'augmentation la plus marquée du TCAM, soit 3,3 %. Les quatre autres provinces ont connu une croissance plus faible : le Nouveau-Brunswick (1,3 %), le Manitoba (1,1 %), la Nouvelle-Écosse (0,8 %) et la Saskatchewan (0,6 %).

### Analyses des projections (2011–2031; année de référence : 2006)

Au cours de cette période, l'Alberta devrait connaître le TCAM le plus élevé de dépenses en médicaments d'ordonnance en raison du changement démographique de 3,8 %. Une autre croissance future prévue des dépenses en médicaments d'ordonnance, due au changement démographique, se regroupe par régions : le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse devraient connaître les prochains effets les plus importants avec un TCAM de 2,9 % chacun sur une période de 25 ans. On prévoit que le Manitoba et la Saskatchewan seront les moins touchés par les changements démographiques futurs, avec un TCAM de dépenses en médicaments d'ordonnance de 2,4 % et de 1,9 %, respectivement.

De 2006 à 2031, les prévisions indiquent que l'augmentation de l'Alberta sera multipliée par 2,52 pour les dépenses en médicaments d'ordonnance en raison de l'incidence démographique. Au cours de cette même période, les dépenses en médicaments d'ordonnance au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse devraient être légèrement supérieures au double, en comparaison de leurs niveaux de référence en 2006, alors que le Manitoba devrait avoir une augmentation multipliée par 1,81 et une autre par 1,62 pour la Saskatchewan.

Les augmentations des dépenses prévues dues au changement démographique seront modérées pendant la première période (2006–2011), suivie d'une croissance soutenue supérieure pour les trois autres périodes (2011–2016, 2016–2021 et 2021–2026). Une croissance plus ralentie des dépenses en médicaments d'ordonnance aura lieu au cours de la dernière période allant de 2026 à 2031.

Les indicateurs des résultats (taux et proportions de la croissance), qu'ils concernent les dépenses en médicaments d'ordonnance ou le nombre de demandes de remboursement, se ressemblent dans les provinces respectives.

# Table des matières

Résumé .....	iii
<b>1</b> Introduction .....	<b>1</b>
<b>2</b> Contexte .....	<b>2</b>
2.1 Projections démographiques .....	2
2.2 Renseignements sur les régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse .....	5
2.3 Sources de données .....	7
<b>3</b> Méthode .....	<b>8</b>
3.1 Analyse historique : 2002-2006 .....	8
3.2 Analyses des projections : 2011-2031 .....	8
<b>4</b> Nombre de bénéficiaires actifs .....	<b>9</b>
<b>5</b> Dépenses en médicaments d'ordonnance .....	<b>10</b>
5.1 Analyse historique : 2002-2006 .....	10
5.2 Dépenses prévues en médicaments d'ordonnance : 2011-2031 .....	12
5.2.1 Ratios des dépenses .....	14
<b>6</b> Nombre de demandes de remboursement .....	<b>15</b>
6.1 Analyse historique : 2002-2006 .....	15
6.2 Nombre prévu de demandes de remboursement : 2011-2031 .....	17
6.2.1 Ratios des opérations relatives aux ordonnances .....	17
<b>7</b> Dépenses en médicaments d'ordonnance par rapport au nombre d'opérations relatives aux demandes de remboursement .....	<b>19</b>
<b>8</b> Conclusions .....	<b>20</b>
<b>9</b> Bibliographie .....	<b>21</b>
Annexe 1 : Méthode et formules .....	22
Annexe 2 : Glossaire des termes .....	24



# 1 Introduction

Les baby-boomers, soit les personnes nées entre 1946 et 1965, ont marqué notre culture, nos politiques et notre économie. En 2006, près d'un Canadien sur trois se classait dans cette catégorie, avec une moyenne d'âge de 41 à 60 ans. D'ici 2011, la première génération des baby-boomers aura 65 ans et sera admissible au régime d'assurance-médicaments offert par un grand nombre de gouvernements provinciaux et territoriaux. Cela aura une incidence importante sur les dépenses en soins de santé, comme les produits pharmaceutiques.

Pour appuyer les décideurs dans le domaine des soins de santé afin de prévoir les demandes financières et opérationnelles futures, on a rapproché l'effet du changement démographique sur les dépenses du régime public d'assurance-médicaments provincial et le nombre de demandes de remboursement d'un point de vue historique (2002–2006) et éventuel (2011–2031). En raison des données disponibles, on a restreint ces analyses à cinq provinces canadiennes : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

Au fil des ans, les baby-boomers passeront par diverses cohortes d'âge-sexe, ce qui augmentera et diminuera leur nombre au sein de ces groupes. Puisque le coût par bénéficiaire varie entre les cohortes d'âge-sexe, les dépenses totales en médicaments d'ordonnance seront influencées par le profil de changement démographique. Dans le présent rapport, les dépenses dues à l'incidence démographique sont calculées selon le coût par bénéficiaire en 2006 pour chacune des cohortes âge-sexe sur 5 ans de 65 ans ou plus.

Bien que les dépenses en médicaments d'ordonnance et le nombre de demandes de remboursement, qu'elles soient publiques ou privées, dépendent d'un large éventail de facteurs (notamment la fréquence et le traitement des maladies, la structure des marchés de produits pharmaceutiques et la politique gouvernementale), ce rapport de recherche ne vise pas à quantifier les effets des facteurs autres que démographiques. Les prévisions présument que les effets d'autres facteurs déterminants ne varieront pas du début à la fin de la période de prévision.

L'évaluation de l'incidence d'une population âgée sur l'ensemble des dépenses gouvernementales dépasse la portée de cette étude. Les conclusions ne peuvent pas être extrapolées pour d'autres groupes parmi la population ou d'autres secteurs de soins de santé.

## 2 Contexte

### 2.1 Projections démographiques

Les hypothèses sous-jacentes pour les projections de population utilisées dans cette étude sont fournies par Statistique Canada à l'aide d'une méthode des composantes pour justifier les écarts régionaux. Les données de chacune des provinces apparaissent dans le tableau 1 (Statistique Canada 2005).

La distribution par âge-sexe de la population canadienne variera considérablement de 2002 à 2031. Comme il est illustré aux graphiques 1 et 2, la population du groupe âgé de < 50 ans variera seulement quelque peu. Il y aura une forte

augmentation des groupes de 50 à 65 ans, et l'augmentation la plus importante touchera les groupes de 65 ans ou plus (comme l'indique l'écart entre les courbes de 2002 à 2031).

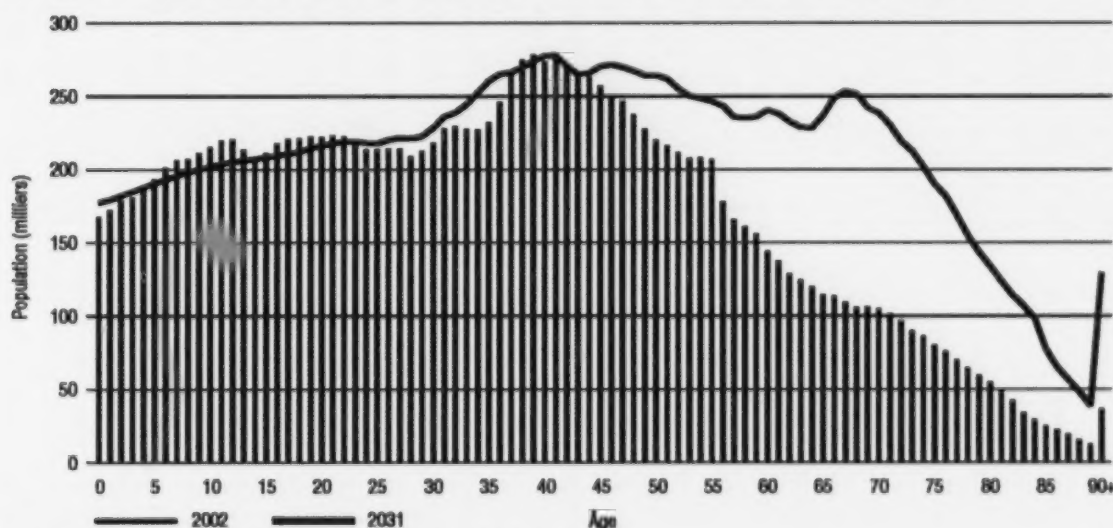
On peut également examiner ce changement de la population si l'on tient compte du pourcentage de la population canadienne totale se composant de personnes âgées de plus de 65 ans. Comme au graphique 3, le taux le plus élevé d'augmentation de ce segment de la population survient au cours de la période d'étude envisagée (2011-2031). Il est suivi d'un taux de changement plus faible, mais toujours positif.

**Tableau 1. Hypothèses par composante dans un scénario de croissance moyenne pour 2031<sup>a</sup>**

	Taux de mortalité (années)		Taux total de fertilité par femme	Taux d'immigration (%)	Taux total d'émigration (%)	Migration inter-provinciale nette (milliers)
	Hommes	Femmes				
Alberta	82,2	86,1	1,69	0,49	0,17	4,2
Saskatchewan	81,3	85,9	1,83	0,18	0,10	-1,2
Manitoba	81,1	85,3	1,80	0,70	0,12	-4,3
Nouveau-Brunswick	81,3	85,8	1,39	0,09	0,06	2,6
Nouvelle-Écosse	81,1	85,3	1,37	0,17	0,08	3,7

<sup>a</sup> Source : Statistique Canada (2005).

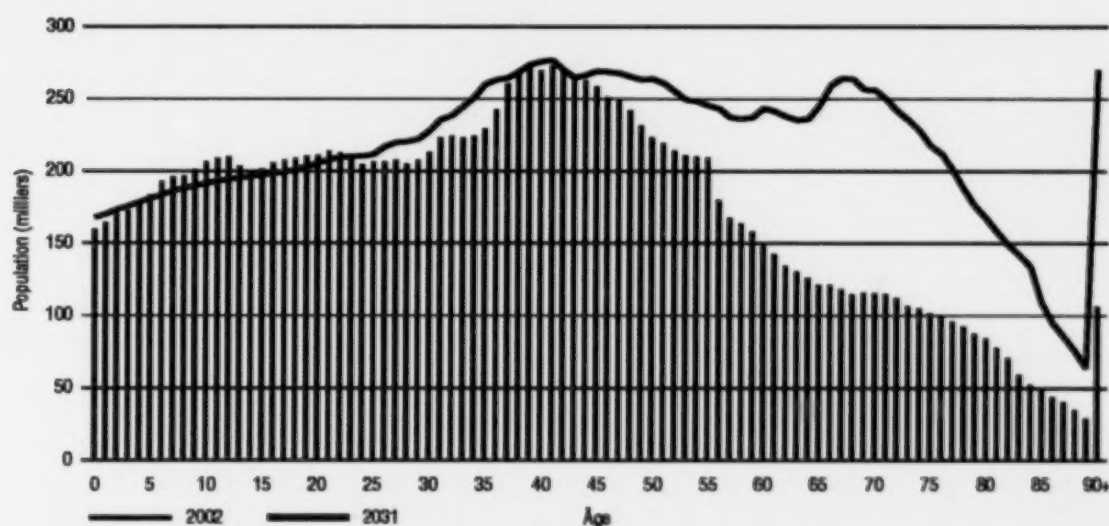
**Graphique 1. Répartition par âge de la population d'hommes au Canada en 2002 et en 2031<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> La pointe de la courbe s'explique par le niveau élevé de regroupement dans la catégorie 90+.

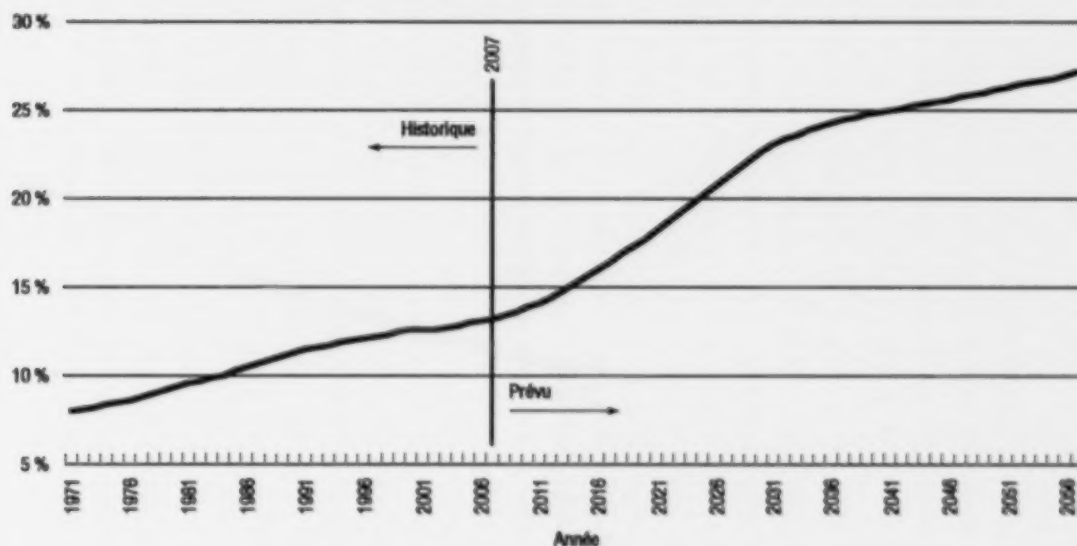


**Graphique 2. Répartition par âge de la population de femmes au Canada en 2002 et en 2031<sup>1</sup>**

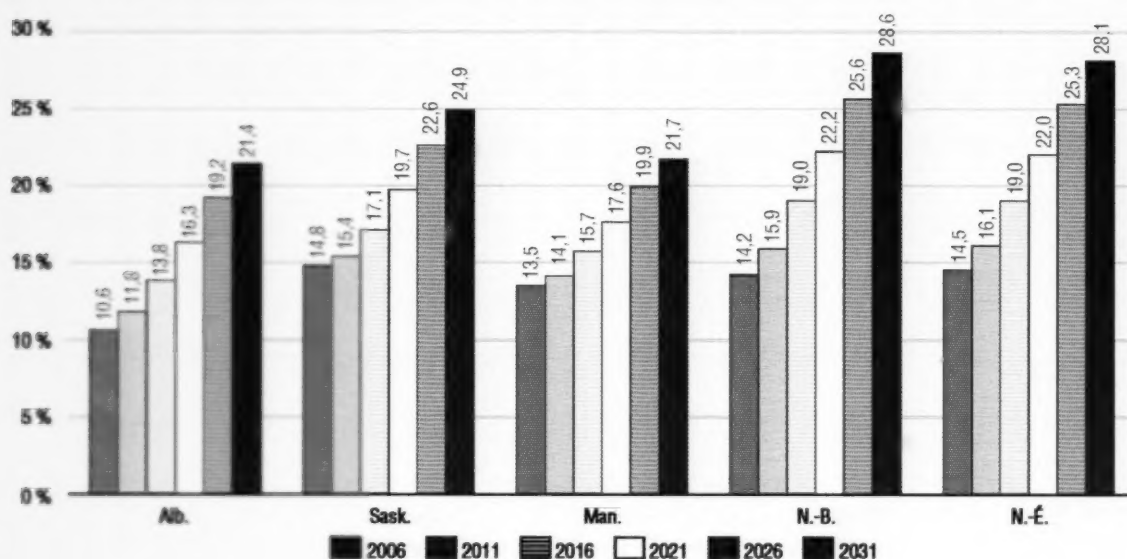


<sup>1</sup> La pointe de la courbe s'explique par le niveau élevé de regroupement dans la catégorie 90+.

**Graphique 3. Pourcentage de la population canadienne âgée de 65 ans ou plus, de 1971 à 2055**



**Graphique 4. Pourcentage de la population âgée de 65 ans ou plus par province, de 2006 à 2031**



Parmi les cinq provinces étudiées dans ce rapport, il existe une variation considérable du pourcentage de leurs populations âgées de 65 ans ou plus (voir le graphique 4). En 2006, la Saskatchewan avait le pourcentage le plus élevé de personnes âgées, soit 14,8 %; la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et le Manitoba avaient des pourcentages légèrement plus faibles de 14,5 %, 14,2 % et 13,5 % respectivement, et l'Alberta avait un pourcentage beaucoup plus bas de 10,6 %. Cette répartition devrait changer au cours de la période d'étude de 25 ans.

Dès 2011, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse devraient dépasser les autres provinces. Par exemple, le pourcentage de la population du Nouveau-Brunswick âgée de 65 ans ou plus augmentera progressivement de 14,2 % à 28,6 % sur une période de 25 ans. Même si l'Alberta connaîtra aussi une augmentation importante, elle maintiendra le pourcentage de population le plus faible dans sa catégorie. Le Manitoba connaîtra le moins de changement dans le pourcentage de sa population âgée de 65 ans ou plus, qui passera de 13,5 % à 21,7 %.

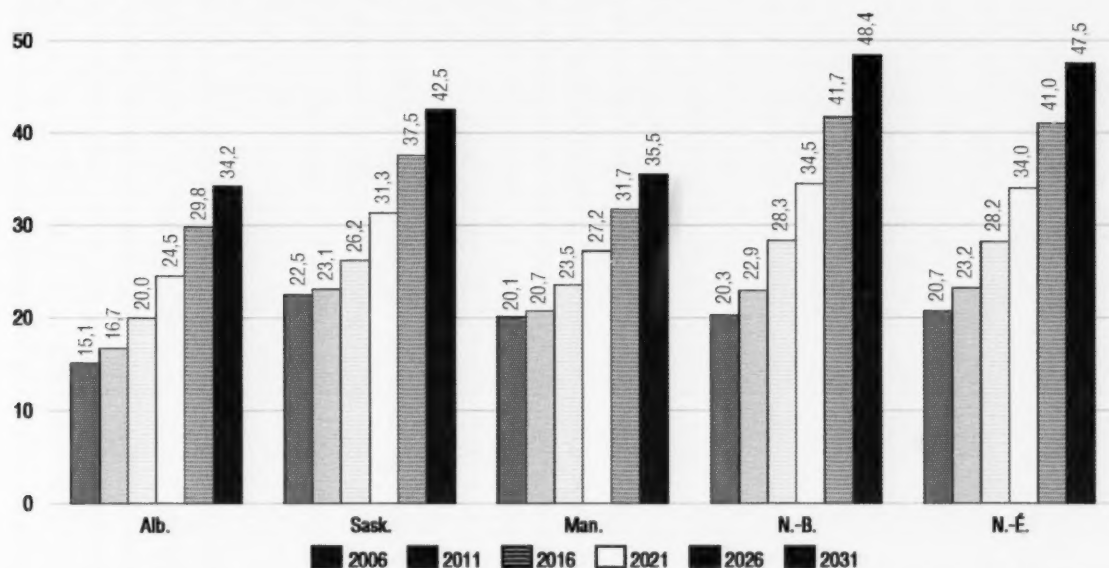
**Tableau 2. Population âgée de 65 ans ou plus prévue par province, de 2006 à 2031**

	Population (milliers)				
	Alb.	Sask.	Man.	N.-B.	N.-É.
2006	350,3	147,2	159,8	106,7	136,0
2011	410,0	151,0	170,8	120,7	152,9
2016	505,8	167,0	196,1	144,9	182,1
2021	627,2	192,1	226,9	170,5	213,0
2026	767,0	220,9	263,2	196,9	246,6
2031	888,1	243,4	294,8	219,4	275,6

	Variation en pourcentage				
	Alb.	Sask.	Man.	N.-B.	N.-É.
2006-2011	17,0 %	2,6 %	6,9 %	13,1 %	12,4 %
2011-2016	23,4 %	10,6 %	14,8 %	20,0 %	19,1 %
2016-2021	24,0 %	15,0 %	15,7 %	17,7 %	17,0 %
2021-2026	22,3 %	15,0 %	16,0 %	15,5 %	15,8 %
2026-2031	15,8 %	10,2 %	12,0 %	11,4 %	11,8 %

**Graphique 5. Ratios de dépendance par province, de 2006 à 2031<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Source : Statistique Canada (2005).

Bien qu'elle ait le plus faible pourcentage de sa population âgée de 65 ans ou plus, l'Alberta a le plus grand nombre de personnes dans ce groupe. Elle est suivie du Manitoba, de la Saskatchewan, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick, respectivement (voir le tableau 2). Ce classement est plutôt uniforme tout au long de la période d'étude. Pour chaque période, l'Alberta devrait connaître les augmentations les plus élevées de ce groupe de population, alors que la Saskatchewan devrait connaître les plus faibles.

Le graphique 5 montre les ratios de dépendance : le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes d'âge actif (de 15 à 64 ans). Ces ratios augmentent considérablement parmi toutes les provinces pendant la période d'étude. Dans la province du Nouveau-Brunswick, par exemple, il y avait environ 20,3 personnes âgées pour 100 personnes d'âge actif en 2006. D'ici 2031, on prévoit 48,4 personnes âgées pour 100 personnes d'âge actif.

## 2.2 Renseignements sur les régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse

Le tableau 3 donne des renseignements de base sur les régimes d'assurance-médicaments provinciaux offerts aux personnes âgées de 65 ans ou plus. Sauf le Manitoba, tous les régimes d'assurance-médicaments provinciaux offrent des programmes visant particulièrement les personnes âgées. Le régime du Manitoba pour les personnes âgées est géré par un système de franchises fondées sur le revenu. En Saskatchewan, la population âgée peut profiter des prestations offertes par les plus vastes programmes du régime public d'assurance-médicaments (programmes d'aide spéciaux) ou un programme particulier aux personnes âgées, qui a lancé l'admissibilité à la franchise fondée sur le revenu en juillet 2007. Comme le montre le tableau, les prestations qu'offrent la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse varient également indirectement selon le revenu, par l'entremise du Supplément de revenu garanti (SRG).

**Tableau 3. Couverture du régime public d'assurance-médicaments provincial pour les personnes âgées (ICIS 2008)<sup>a</sup>**

Province	Régime du programme	Admissibilité des bénéficiaires	Prime	Franchise	Quote-part	Quote-part maximale annuelle
Alberta	Personnes âgées	≥ 65 ans	Aucune	Aucune	30 % des ordonnances jusqu'à concurrence de 25 \$ par ordonnance	s.o.
Saskatchewan	Programme d'aide spécial	Tous les résidents	Aucune	3,4 % du revenu familial redressé	% par personne du coût des médicaments, selon le revenu et les coûts totaux des médicaments	s.o.
	Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées <sup>b</sup>	• ≥ 65 ans • Fondé sur le revenu	Aucune	Aucune	Jusqu'à concurrence de 15 \$ par ordonnance sous réserve d'approbation	s.o.
	Supplément de revenu garanti (SRG) <sup>c</sup> ou régime de revenu de la Saskatchewan (SIP)	Percevant soit • Prestations du SIP ou • SRG et vivant dans un foyer de soins spéciaux	Aucune	100 \$ de la franchise semestrielle familiale	15 \$ par ordonnance jusqu'à concurrence de la franchise; une fois la franchise atteinte, la quote-part est de 35 % jusqu'à concurrence de 15 \$ par ordonnance	s.o.
		Percevant un SRG et vivant en communauté	Aucune	200 \$ de la franchise semestrielle du revenu familial redressé		s.o.
Manitoba	Pharmacies	Tous les résidents	Aucune	De 2,56 % à 5,0 % du revenu familial redressé	Aucune	Aucune
Nouveau-Brunswick	Plan de médicaments sur ordonnance – Plan A	Personnes âgées avec SRG (fondé sur le revenu)	Aucune	Aucune	9,05 \$ par ordonnance	250 \$
		Personnes âgées sans SRG	Aucune	Aucune	15 \$ par ordonnance	s.o.
Nouvelle-Écosse <sup>d</sup>	<i>Seniors' Pharmacare Program</i>	Personnes âgées avec SRG	Aucune	Aucune	33 % du coût des médicaments d'ordonnance d'au moins 3 \$	382 \$
		Personnes âgées sans SRG	Jusqu'à concurrence de 424 \$ par année	Aucune		

<sup>a</sup> Pour un complément d'information sur la couverture des régimes d'assurance-médicaments provinciaux, veuillez consulter les sites Web suivants : [www.health.gov.ab.ca/ahcip\\_prescription.html](http://www.health.gov.ab.ca/ahcip_prescription.html), [www.health.gov.sk.ca/ps\\_drug\\_plan.html](http://www.health.gov.sk.ca/ps_drug_plan.html), [www.gov.mb.ca/health/pharmacare/index.html](http://www.gov.mb.ca/health/pharmacare/index.html), [www.gov.nb.ca/0212/intro-f.asp](http://www.gov.nb.ca/0212/intro-f.asp) et [www.gov.ns.ca/health/pharmacare/default.htm](http://www.gov.ns.ca/health/pharmacare/default.htm)

<sup>b</sup> Les modifications du Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées, en vigueur en juillet 2007, comprennent l'application d'une franchise fondée sur le revenu. Les personnes doivent être admissibles au crédit fédéral en raison de l'âge, qui se fonde sur le revenu net annuel déclaré à la ligne 236 du formulaire d'impôt de l'année précédente (source : <http://www.health.gov.sk.ca/seniors-prescription-drug-plan>).

<sup>c</sup> Le Supplément de revenu garanti (SRG) est calculé par le gouvernement fédéral en tant que prestation supplémentaire pour les personnes âgées à faible revenu qui perçoivent déjà la Sécurité de la vieillesse.

<sup>d</sup> Les montants maximums en primes et en quote-part mis à jour depuis la publication du rapport de l'ICIS. Consulter [http://www.gov.ns.ca/health/Pharmacare/seniors\\_pharmacare/Seniors\\_Information\\_Booklet\\_2008.pdf](http://www.gov.ns.ca/health/Pharmacare/seniors_pharmacare/Seniors_Information_Booklet_2008.pdf).

Au Manitoba, il faut déboursier les franchises avant que le régime d'assurance-médicaments du gouvernement provincial offre de l'aide. En Saskatchewan, les franchises sont gérées sous forme de tous les régimes, sauf pour le régime d'assurance-médicaments des personnes âgées. La Nouvelle-Écosse est la seule province à l'étude qui applique une prime avant la réception des prestations.

La quote-part, sous forme de taux de prime fixe ou de pourcentage du coût des médicaments d'ordonnance, s'applique dans toutes les provinces, sauf au Manitoba. Un maximum ou un plafond de la quote-part s'applique dans les provinces de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick.

**Tableau 4. Taux de saisie en pourcentage des dépenses en médicaments d'ordonnance en 2006**

	Dépenses totales du régime public d'assurance-médicaments pour les bénéficiaires âgés de 65 ans ou plus <sup>a</sup> (millions)	Dépenses totales en médicaments d'ordonnance (financement public et privé) <sup>b</sup> (millions)	Part du pourcentage de données sur les dépenses saisies dans le rapport
Alberta	519,7 \$	1813,6 \$	28,7 %
Saskatchewan	166,1 \$	576,0 \$	28,8 %
Manitoba	210,4 \$	654,3 \$	32,2 %
Nouveau-Brunswick	104,7 \$	534,5 \$	28,9 %
Nouvelle-Écosse	155,7 \$	613,3 \$	25,4 %

<sup>a</sup> Source : Base de données du SNIUMP.

<sup>b</sup> Source : ICIS (2008).

Cette recherche comprend uniquement les dépenses approuvées par le régime public d'assurance-médicaments pour les citoyens âgés de 65 ans ou plus. Une partie de ces dépenses, sous forme de franchises ou de quote-part, peut avoir été déboursée par les bénéficiaires ou d'autres parties.

Afin de déterminer le pourcentage de dépenses en médicaments d'ordonnance saisi dans cette étude, les dépenses totales en médicaments d'ordonnance obtenues de la base de données du SNIUMP pour les bénéficiaires âgés de 65 ou plus se divisaient en dépenses provinciales totales pour les médicaments d'ordonnance. Ce dénominateur comportait les sources financées par les secteurs privé et public (ICIS 2008). Comme le montre le tableau 4, le pourcentage de dépenses en médicaments d'ordonnance saisi dans ce rapport varie de 25,4 % en Nouvelle-Écosse à 32,2 % au Manitoba.

## 2.3 Sources de données

Les principales bases de données utilisées dans le cadre de cette recherche comprenaient les suivantes :

- La base de données du SNIUMP pour les données sur le régime public d'assurance-médicaments de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse;
- La base de données de Projections démographiques de Statistique Canada pour les prévisions provinciales d'âge-sexe allant de 2011 à 2031; ainsi que les prévisions relatives à la population canadienne jusqu'en 2055;
- Le Compendium des estimations démographiques, 2006 de Statistique Canada pour les statistiques sur les populations provinciales et nationale, de 1971 à 2006.

Les données sur les régimes d'assurance-médicaments provinciaux (bénéficiaires, dépenses en médicaments d'ordonnance et nombre de demandes de remboursement) sur 5 ans pour les cohortes âge-sexe de personnes âgées de 65 ans ou plus sont tirées de la base de données du SNIUMP. Au début de ce projet, des données de 2002 à 2006 étaient disponibles pour les régimes publics d'assurance-médicaments de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse.

Dans l'analyse historique, les dépenses réelles de chaque province ont été corrigées selon le taux d'inflation déterminé par l'indice des prix à la consommation de chacune, tel que fourni par Statistique Canada.

Les données obtenues de la base de données du SNIUMP se limitaient aux paramètres suivants :

- les bénéficiaires actifs âgés de 65 ans ou plus;
- les médicaments ayant un numéro d'identification du médicament (DIN) attribué;
- les régimes sélectionnés : l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

En vue de comparer les provinces aussi exactement que possible, cette étude se fondait sur les dépenses en médicaments d'ordonnance et le nombre de demandes de remboursement approuvées pour le paiement avant l'évaluation des demandes selon les franchises du régime.



### 3 Méthode

La méthode est décrite en termes de dépenses en médicaments d'ordonnance. Sauf en ce qui concerne la correction en vue de l'inflation, la même méthode s'applique au nombre de demandes de remboursement. La méthode de calcul des coûts moyens par cohorte d'âge-sexe et de multiplication des valeurs par la population prévue visée dans chaque cohorte d'âge-sexe respective a été utilisée dans plusieurs études (Garrett et Martini, 2007; ICIS, 2005; Denton et coll., 2002).

#### 3.1 Analyse historique : 2002–2006

On calcule les deux types de dépenses en médicaments d'ordonnance suivantes :

1. les dépenses réelles en médicaments d'ordonnance;
2. les dépenses en médicaments d'ordonnance calculées à l'aide du coût moyen par bénéficiaire en 2006 pour chaque cohorte d'âge-sexe.

Dans le premier cas, les dépenses réelles ont été extraites de la base de données, corrigées en fonction de l'inflation et exprimées en dollars de 2006. Les changements de pourcentage d'une année à l'autre et les TCAM des dépenses réelles en médicaments d'ordonnance sont influencés par plusieurs facteurs, notamment l'incidence démographique.

Dans le second cas, le nombre de bénéficiaires pour chaque cohorte d'âge-sexe sur 5 ans par année (2002–2006) a été multiplié par le coût moyen par bénéficiaire en 2006 respectif. Dans ce cas, les dépenses sont supérieures aux données réelles, puisque le coût moyen par bénéficiaire a augmenté au cours de la période antérieure. Dans cette situation, le pourcentage d'une année à l'autre augmente et les TCAM représentent la croissance en raison seulement de l'incidence démographique.

#### 3.2 Analyses des projections : 2011–2031

Selon la base de données du SNIUMP (nombre de bénéficiaires) et les prévisions démographiques de Statistique Canada, les taux de participation des bénéficiaires pour chaque cohorte d'âge-sexe sur 5 ans ont été calculés pour 2004, 2005 et 2006 (Statistique Canada 2006). Pour évaluer le nombre prévu de bénéficiaires, le taux de participation médian a ensuite été associé à la population prévue pour chaque cohorte d'âge-sexe sur 5 ans des années ultérieures : 2011, 2016, 2021, 2026 et 2031.

On a ensuite multiplié le nombre prévu de bénéficiaires pour chacune de ces cohortes par le coût moyen par bénéficiaire en 2006 respectif. Puisque le coût moyen par bénéficiaire ne change pas, les dépenses prévues s'expriment automatiquement en dollars de 2006. Les variations des pourcentages et les TCAM des dépenses (nombre de demandes) représentent des changements imputables uniquement à l'incidence démographique.

Les ratios des dépenses ont été calculés en divisant les dépenses totales prévues pour une année donnée par les dépenses réelles de l'année de référence (2006). Ce ratio correspond au facteur selon lequel les dépenses ont augmenté. Par exemple, un ratio de 1,50 indiquerait que les dépenses d'une année donnée ont augmenté d'un facteur de 1,50 ou de 50 %, en comparaison de l'année de référence.

D'autres renseignements et formules se trouvent à l'annexe 1.



## 4 Nombre de bénéficiaires actifs

En 2006, le nombre de bénéficiaires actifs âgés de 65 ans ou plus était le plus élevé en Alberta (318 400), suivie de loin par le Manitoba (146 400) et la Saskatchewan (133 500). La Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick avaient moins de 100 000 bénéficiaires actifs : 95 200 et 62 400, respectivement.

Comme le montre le tableau 5, le TCAM pour le nombre de bénéficiaires actifs de 2002 à 2006 était le plus élevé en Alberta à 3,3 % et le plus faible en Saskatchewan à 0,6 % (Nouveau-Brunswick 1,3 %, Manitoba 1,1 % et Nouvelle-Écosse 0,9 %).

**Tableau 5. Nombre de bénéficiaires actifs âgés de 65 ans ou plus (en milliers) — Analyse historique, de 2002 à 2006**

	Alberta		Saskatchewan		Manitoba		Nouveau-Brunswick		Nouvelle-Écosse	
	Nbre	Variation du % <sup>a</sup>	Nbre	Variation du % <sup>a</sup>	Nbre	Variation du % <sup>a</sup>	Nbre	Variation du % <sup>a</sup>	Nbre	Variation du % <sup>a</sup>
2002	279,9	—	130,4	—	140,2	—	59,3	—	92,0	—
2003	288,6	3,1 %	130,7	0,3 %	141,9	1,3 %	59,6	0,5 %	92,3	0,2 %
2004	297,8	3,2 %	131,5	0,6 %	143,3	1,0 %	60,3	1,1 %	93,0	0,8 %
2005	308,0	3,4 %	132,7	0,9 %	145,0	1,2 %	61,4	1,8 %	94,1	1,2 %
2006	318,4	3,4 %	133,5	0,6 %	146,4	1,0 %	62,4	1,8 %	95,2	1,2 %
TCAM		3,3 %		0,6 %		1,1 %		1,3 %		0,9 %

<sup>a</sup> Variation du % d'une année à l'autre.

## 5 Dépenses en médicaments d'ordonnance

### 5.1 Analyse historique : 2002-2006

En 2006, le classement des provinces en termes de dépenses absolues en médicaments d'ordonnance suivait le même ordre que le nombre de bénéficiaires actifs, avec des dépenses supérieures de 519,7 millions de dollars en Alberta et des dépenses inférieures de 104,7 millions de dollars au Nouveau-Brunswick (voir les tableaux 6 à 10).

Le TCAM des dépenses réelles en médicaments d'ordonnance au cours de cette période était le plus élevé en Alberta (6,6 %), suivie du Nouveau-Brunswick (6,2 %), du Manitoba (5,7 %), de la Saskatchewan (5,5 %) et de la Nouvelle-Écosse (5,3 %).

Lorsque la croissance des dépenses attribuables à l'incidence démographique a été isolée, l'Alberta menait encore une fois avec un TCAM de 3,3 %. Elle était suivie de loin par le Nouveau-Brunswick (1,3 %) et le Manitoba (1,1 %). La Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan ont connu une croissance de leurs dépenses en médicaments d'ordonnance en raison de l'incidence démographique de moins de 1,0 % (0,8 % et 0,6 % respectivement).

**Tableau 6. Dépenses en médicaments d'ordonnance—Alberta**

	Dépenses réelles en médicaments d'ordonnance (dollars constants de 2006)		Dépenses en médicaments d'ordonnance (à l'aide du coût moyen par bénéficiaire en 2006)	
	Millions \$	Variation du % d'une année à l'autre	Millions \$	Variation du % d'une année à l'autre attribuable au changement démographique
2002	401,9 \$	—	456,0 \$	—
2003	428,8 \$	6,7 %	470,7 \$	3,2 %
2004	469,7 \$	9,5 %	486,0 \$	3,3 %
2005	498,2 \$	6,1 %	502,6 \$	3,4 %
2006	519,7 \$	4,3 %	519,7 \$	3,4 %
	TCAM	6,6 %	TCAM dû au changement démographique	3,3 %

**Tableau 7. Dépenses en médicaments d'ordonnance—Saskatchewan**

	Dépenses réelles en médicaments d'ordonnance (dollars constants de 2006)		Dépenses en médicaments d'ordonnance (à l'aide du coût moyen par bénéficiaire en 2006)	
	Millions \$	Variation du % d'une année à l'autre	Millions \$	Variation du % d'une année à l'autre attribuable au changement démographique
2002	134,1 \$	—	162,0 \$	—
2003	145,2 \$	8,3 %	162,5 \$	0,3 %
2004	150,7 \$	3,8 %	163,5 \$	0,6 %
2005	155,6 \$	3,2 %	165,0 \$	0,9 %
2006	166,1 \$	6,7 %	166,1 \$	0,6 %
	TCAM	5,5 %	TCAM dû au changement démographique	0,6 %

**Tableau 8. Dépenses en médicaments d'ordonnance—Manitoba**

	Dépenses réelles en médicaments d'ordonnance (dollars constants de 2006)		Dépenses en médicaments d'ordonnance (à l'aide du coût moyen par bénéficiaire en 2006)	
	Millions \$	Variation du % d'une année à l'autre	Millions \$	Variation du % d'une année à l'autre attribuable au changement démographique
2002	168,4 \$	—	201,5 \$	—
2003	186,6 \$	10,8 %	204,0 \$	1,3 %
2004	198,8 \$	6,5 %	206,1 \$	1,0 %
2005	201,3 \$	1,2 %	208,5 \$	1,2 %
2006	210,4 \$	4,5 %	210,4 \$	0,9 %
	TCAM	5,7 %	TCAM dû au changement démographique	1,1 %

**Tableau 9. Dépenses en médicaments d'ordonnance—Nouveau-Brunswick**

	Dépenses réelles en médicaments d'ordonnance (dollars constants de 2006)		Dépenses en médicaments d'ordonnance (à l'aide du coût moyen par bénéficiaire en 2006)	
	Millions \$	Variation du % d'une année à l'autre	Millions \$	Variation du % d'une année à l'autre attribuable au changement démographique
2002	82,4 \$	—	99,6 \$	—
2003	87,0 \$	5,6 %	100,1 \$	0,6 %
2004	93,9 \$	7,9 %	101,1 \$	1,0 %
2005	98,8 \$	5,2 %	102,9 \$	1,8 %
2006	104,7 \$	5,9 %	104,7 \$	1,7 %
	TCAM	6,2 %	TCAM dû au changement démographique	1,3 %

**Tableau 10. Dépenses en médicaments d'ordonnance—Nouvelle-Écosse**

	Dépenses réelles en médicaments d'ordonnance (dollars constants de 2006)		Dépenses en médicaments d'ordonnance (à l'aide du coût moyen par bénéficiaire en 2006)	
	Millions \$	Variation du % d'une année à l'autre	Millions \$	Variation du % d'une année à l'autre attribuable au changement démographique
2002	126,8 \$	—	151,1 \$	—
2003	132,4 \$	4,3 %	151,4 \$	0,2 %
2004	143,0 \$	8,0 %	152,4 \$	0,7 %
2005	149,6 \$	4,6 %	154,0 \$	1,0 %
2006	155,7 \$	4,1 %	155,7 \$	1,1 %
	TCAM	5,3 %	TCAM dû au changement démographique	0,8 %

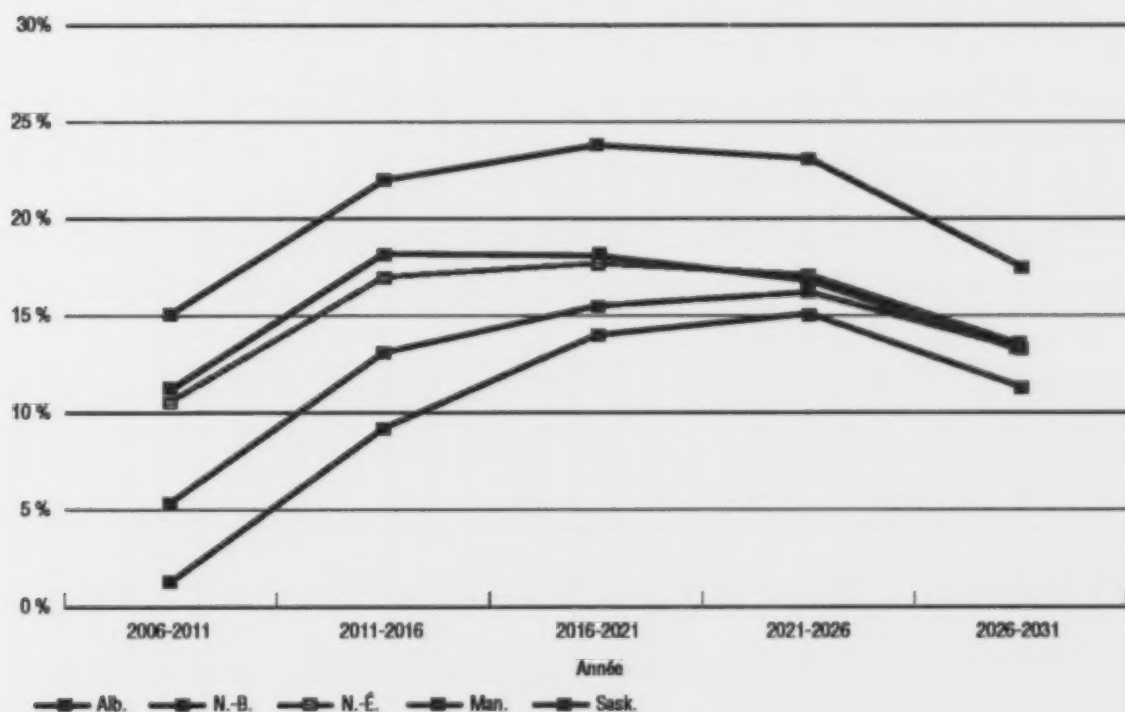
## 5.2 Dépenses prévues en médicaments d'ordonnance : 2011-2031

Le graphique 6 montre la variation des pourcentages de dépenses en médicaments d'ordonnance prévues pour toutes les provinces. Même si les tendances des courbes semblent uniformément concaves, il faut remarquer les écarts dans l'importance des augmentations prévues et les périodes où les taux de croissance des dépenses devraient atteindre leur limite.

La province de l'Alberta devrait connaître la plus grande augmentation des dépenses parmi toutes les périodes, allant de 15,1 % (2006-2011) à un sommet de 23,8 % (2016-2021).

Une similarité géographique des tendances est également évidente. En d'autres mots, les provinces de l'Atlantique (le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse) et les deux provinces des Prairies (la Saskatchewan et le Manitoba) se suivent étroitement. Par conséquent, l'activité économique régionale et la structure des mouvements migratoires peuvent représenter des facteurs importants dans l'étude des dépenses publiques prévues.

Graphique 6. Variations des pourcentages de dépenses en médicaments d'ordonnance par province



Dans tous les régimes, le taux d'augmentation des dépenses est à la fois élevé et soutenu sur les trois périodes moyennes (2011–2016, 2016–2021 et 2021–2026). La pente descendante de la courbe pour la dernière période prévue indique que le taux d'augmentation des dépenses demeure positif, mais qu'il ralentit de 2026 à 2031.

Les dépenses en médicaments d'ordonnance prévues, en termes absolus, seront les plus élevées en Alberta, suivie du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan et du Nouveau-Brunswick (voir le tableau 11).

Les TCAM de dépenses en médicaments d'ordonnance suivent le même modèle observé au graphique précédent, puisque les pourcentages augmentent. Bien que les TCAM de 0,3 % à 4,4 % puissent sembler insignifiants à première vue, les prévisions se fondent sur les changements découlant de l'évolution démographique seulement. C'est-à-dire que les effets possibles de tous les autres facteurs ne font pas partie de cette analyse. D'un point de vue historique, d'autres facteurs déterminants ont eu une incidence plus grande que seul le changement démographique.

**Tableau 11. Dépenses totales en médicaments d'ordonnance et TCAM prévus selon le changement démographique**

Dépenses totales prévues en médicaments d'ordonnance (millions de dollars constants de 2006)					
	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse
2006 <sup>a</sup>	519,7 \$	166,1 \$	210,4 \$	104,7 \$	155,7 \$
2011	598,4 \$	168,2 \$	221,8 \$	116,4 \$	172,2 \$
2016	730,1 \$	183,7 \$	250,9 \$	137,6 \$	201,4 \$
2021	904,1 \$	209,4 \$	289,8 \$	162,5 \$	237,0 \$
2026	1 112,7 \$	241,0 \$	336,8 \$	189,8 \$	277,6 \$
2031	1 307,2 \$	268,3 \$	381,4 \$	214,9 \$	315,0 \$
Taux de croissance annuels moyens					
	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse
2006–2011	2,9 %	0,3 %	1,1 %	2,2 %	2,0 %
2011–2016	4,1 %	1,8 %	2,5 %	3,4 %	3,2 %
2016–2021	4,4 %	2,7 %	2,9 %	3,4 %	3,3 %
2021–2026	4,2 %	2,9 %	3,1 %	3,2 %	3,2 %
2026–2031	3,3 %	2,2 %	2,5 %	2,5 %	2,6 %
TCAM pour la période de 25 ans (2006–2031)	3,8 %	1,9 %	2,4 %	2,9 %	2,9 %

<sup>a</sup> Représente les dépenses réelles en médicaments d'ordonnance en 2006.

### 5.2.1 Ratios des dépenses

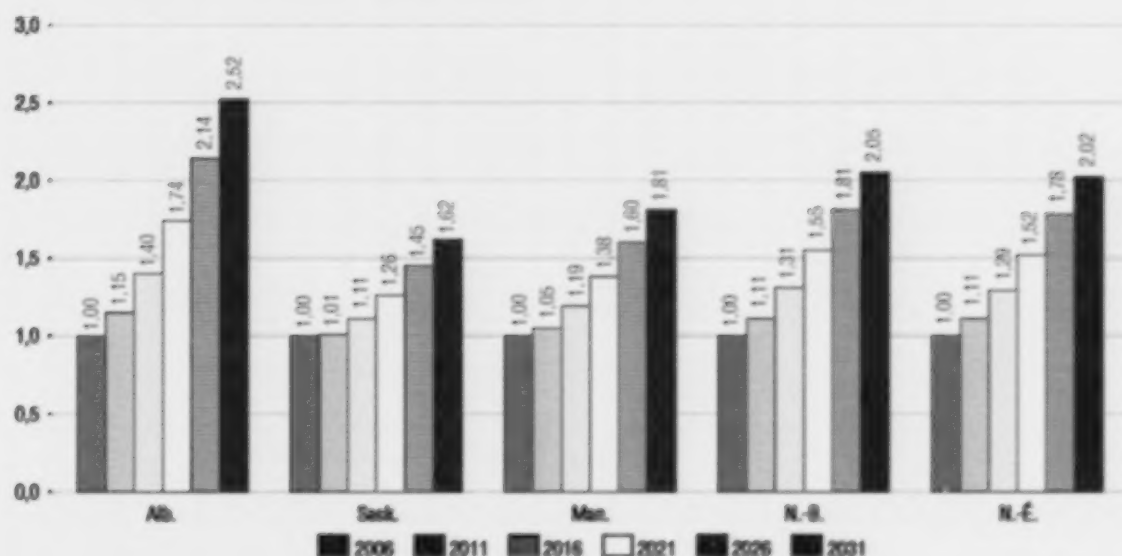
En plus des augmentations de pourcentages et des TCAM, les ratios des dépenses témoignent également de l'effet cumulatif du changement démographique. Les ratios présentés au graphique 7 utilisent les dépenses en médicaments d'ordonnance pour l'année de référence 2006. Par exemple, le ratio du coût de 1,29 de la Nouvelle-Écosse indique que les dépenses augmenteront d'un facteur de 1,29 (29 %) en 2016, par rapport à 2006.

L'effet cumulatif du changement démographique devrait être le plus marqué en Alberta. D'ici 2021, les dépenses de cette province augmenteront d'un facteur de 1,74 (74 %) en raison du changement démographique seulement. D'ici 2031, les dépenses devraient augmenter d'un facteur de 2,52 (152 %), compte tenu des projections démographiques actuelles.

Les provinces du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse devraient connaître des effets démographiques semblables : leurs dépenses devraient augmenter d'un facteur de 1,55 et de 1,52, respectivement, en 2021. D'ici 2031, elles pourraient plus que doubler leurs dépenses de l'année de référence 2006. Au Nouveau-Brunswick, les dépenses en médicaments d'ordonnance devraient augmenter d'un facteur de 2,05 (105 %), alors que celles de la Nouvelle-Écosse devraient augmenter d'un facteur de 2,02 (102 %).

Le Manitoba suit les deux provinces de l'Atlantique, mais figure en tête de sa province voisine, la Saskatchewan. De 2006 à 2031, les dépenses devraient augmenter d'un facteur de 1,81 (81 %) au Manitoba, alors que l'effet démographique sur la Saskatchewan devrait augmenter ses dépenses d'un facteur de 1,62 (62 %).

Graphique 7. Ratios des dépenses par province (coûts totaux des ordonnances pour l'année prévue par rapport à l'année de référence 2006)





## 6 Nombre de demandes de remboursement

### 6.1 Analyse historique : 2002–2006

En 2006, le classement des provinces selon le nombre absolu de demandes suivait le même ordre que le nombre de bénéficiaires actifs et de dépenses en médicaments d'ordonnance. Les valeurs allaient d'un nombre supérieur de 7 582 500 en Alberta à un nombre inférieur de 1 900 600 au Nouveau-Brunswick (voir les tableaux 12 à 16).

Le TCAM du nombre réel de demandes était le plus élevé au Manitoba (6,8 %), suivi de l'Alberta (5,0 %), du Nouveau-Brunswick (3,9 %), de la Saskatchewan (3,5 %) et de la Nouvelle-Écosse (2,4 %).

Si l'on examine les TCAM du nombre de demandes en fonction de l'effet démographique seulement, l'Alberta affiche de nouveau le taux de croissance le plus élevé (3,5 %). Le Manitoba (1,3 %) et le Nouveau-Brunswick (1,2 %) avaient des taux de croissance beaucoup plus bas, et la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan ont connu des TCAM de 0,7 %.

**Tableau 12. Nombre de demandes de remboursement—Alberta**

	Nombre réel de demandes de remboursement		Nombre d'opérations relatives aux ordonnances (à l'aide du nombre moyen de demandes par bénéficiaire en 2006)	
	Milliers	Variation du % d'une année à l'autre	Milliers	Variation du % d'une année à l'autre dû au changement démographique
2002	6 227,7	—	6 603,3	—
2003	6 598,8	6,0 %	6 830,1	3,4 %
2004	6 998,6	6,1 %	7 065,8	3,5 %
2005	7 193,2	2,8 %	7 319,0	3,6 %
2006	7 582,5	5,4 %	7 582,5	3,6 %
	TCAM	5,0 %	TCAM dû au changement démographique	3,5 %

**Tableau 13. Nombre de demandes de remboursement—Saskatchewan**

	Nombre réel de demandes de remboursement		Nombre d'opérations relatives aux ordonnances (à l'aide du nombre moyen de demandes par bénéficiaire en 2006)	
	Milliers	Variation du % d'une année à l'autre	Milliers	Variation du % d'une année à l'autre dû au changement démographique
2002	3 812,8	—	4 723,8	—
2003	3 941,9	3,4 %	4 279,2	0,4 %
2004	4 062,6	3,1 %	4 308,1	0,7 %
2005	4 206,7	3,5 %	4 350,5	1,0 %
2006	4 379,8	4,1 %	4 379,8	0,7 %
	TCAM	3,5 %	TCAM dû au changement démographique	0,7 %

**Tableau 14. Nombre de demandes de remboursement—Manitoba**

	Nombre réel de demandes de remboursement		Nombre d'opérations relatives aux ordonnances (à l'aide du nombre moyen de demandes par bénéficiaire en 2006)	
	Milliers	Variation du % d'une année à l'autre	Milliers	Variation du % d'une année à l'autre dû au changement démographique
2002	3 834,8	—	4 723,8	—
2003	4 077,6	6,3 %	4 793,4	1,5 %
2004	4 338,4	6,4 %	4 860,5	1,4 %
2005	4 650,8	7,2 %	4 924,7	1,3 %
2006	4 980,3	7,1 %	4 980,3	1,1 %
	TCAM	6,8 %	TCAM dû au changement démographique	1,3 %

**Tableau 15. Nombre de demandes de remboursement—Nouveau-Brunswick**

	Nombre réel de demandes de remboursement		Nombre d'opérations relatives aux ordonnances (à l'aide du nombre moyen de demandes par bénéficiaire en 2006)	
	Milliers	Variation du % d'une année à l'autre	Milliers	Variation du % d'une année à l'autre dû au changement démographique
2002	1 633,8	—	1 813,2	—
2003	1 700,2	4,1 %	1 824,0	0,6 %
2004	1 761,7	3,6 %	1 839,6	0,9 %
2005	1 822,3	3,4 %	1 869,4	1,6 %
2006	1 900,6	4,3 %	1 900,6	1,7 %
	TCAM	3,9 %	TCAM dû au changement démographique	1,2 %

**Tableau 16. Nombre de demandes de remboursement—Nouvelle-Écosse**

	Nombre réel de demandes de remboursement		Nombre d'opérations relatives aux ordonnances (à l'aide du nombre moyen de demandes par bénéficiaire en 2006)	
	Milliers	Variation du % d'une année à l'autre	Milliers	Variation du % d'une année à l'autre dû au changement démographique
2002	2 749,5	—	2 936,2	—
2003	2 834,4	3,1 %	2 942,6	0,2 %
2004	2 929,5	3,4 %	2 962,4	0,7 %
2005	2 955,9	0,9 %	2 990,3	0,9 %
2006	3 021,5	2,2 %	3 021,5	1,0 %
	TCAM	2,4 %	TCAM dû au changement démographique	0,7 %

## 6.2 Nombre prévu de demandes de remboursement : 2011-2031

Le graphique 8 montre les variations de pourcentage prévues quant au nombre de demandes de remboursement par province. Comme on l'a déjà étudié dans l'analyse des dépenses en médicaments d'ordonnance, les tendances des courbes sont uniformément concaves.

La province de l'Alberta devrait connaître la plus grande augmentation du nombre de demandes de remboursement, allant de 15,5 % en 2006-2011 à un sommet de 22,8 % en 2016-2021.

Encore une fois, on remarque une similarité géographique des tendances. Les deux provinces de l'Atlantique (le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse) et les deux provinces des Prairies (la Saskatchewan et le Manitoba) se suivent étroitement.

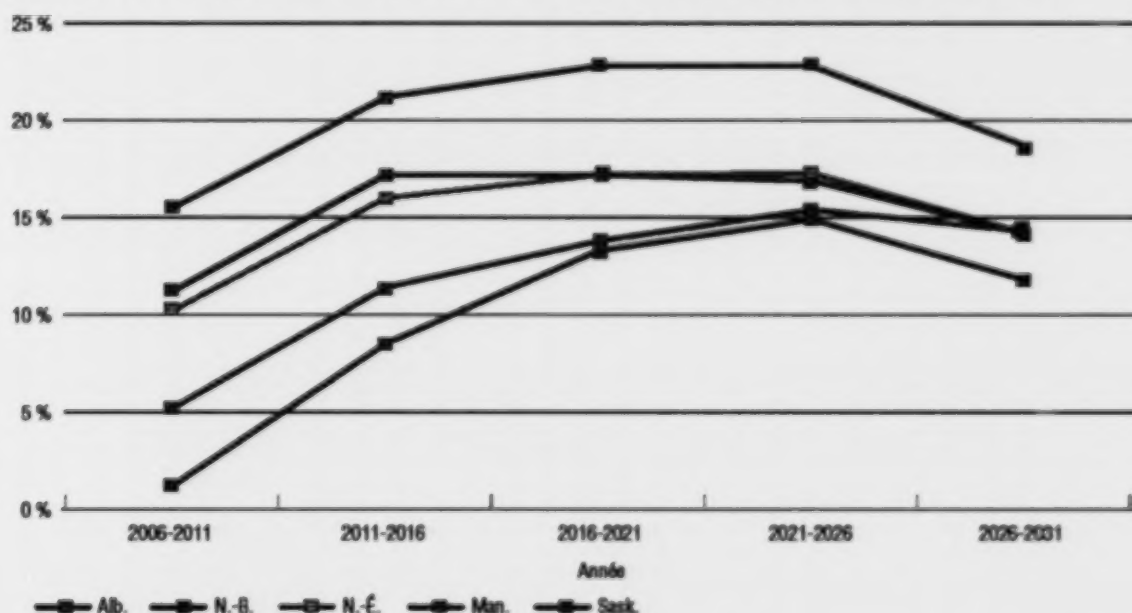
Dans tous les régimes, le taux de croissance du nombre de demandes de remboursement est à la fois élevé et soutenu au cours des trois périodes moyennes (2011-2016, 2016-2021 et 2021-2026). Pendant la dernière période prévue, l'augmentation du taux de demandes de remboursement ralentit considérablement, mais demeure positive.

Le nombre prévu de demandes de remboursement, en termes absolus, sera plus élevé en Alberta, suivie du Manitoba, de la Saskatchewan, de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick (voir le tableau 17). Les TCAM du nombre de demandes de remboursement suivent la même tendance, puisque le pourcentage augmente au graphique 8. Les TCAM du nombre de demandes de remboursement seront les plus élevés en Alberta, variant de 2,9 % en 2006-2011 à 4,2 % en 2016-2021 et en 2021-2026. Entre-temps, la Saskatchewan devrait avoir les TCAM les plus faibles quant au nombre de demandes de remboursement, allant de 0,2 % en 2006-2011 à 2,8 % en 2021-2026.

### 6.2.1 Ratios des opérations relatives aux ordonnances

L'interprétation des ratios des opérations relatives aux ordonnances ressemble à celle des ratios des dépenses (voir la section 5.2.1). Le graphique 9 montre l'effet cumulatif du changement démographique au moyen de l'utilisation des ratios des opérations relatives aux ordonnances, à l'aide de l'année de référence 2006 concernant le nombre de demandes de remboursement. Par exemple, le ratio des opérations relatives aux ordonnances de la Nouvelle-Écosse de 1,28 indique que le nombre de demandes de remboursement devrait augmenter de 28 % entre 2006 et 2016.

Graphique 8. Variations en pourcentages du nombre prévu d'opérations relatives aux ordonnances



En raison uniquement du changement démographique, on prévoit que le nombre de demandes de remboursement augmentera considérablement au cours de la période de 2006 à 2031. Plus précisément, le nombre

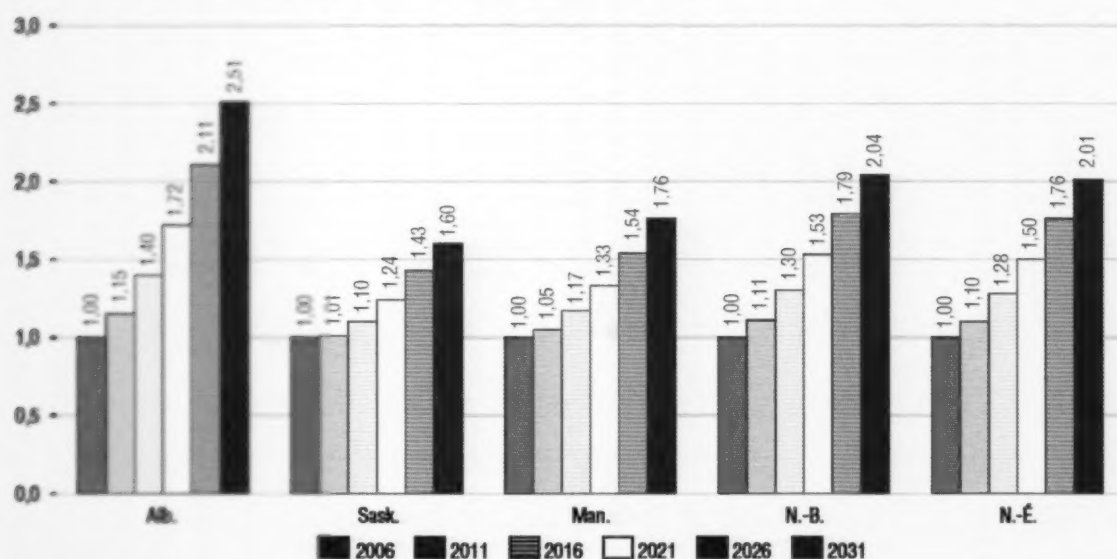
de demandes de remboursement augmentera des facteurs suivants : 2,51 en Alberta, 2,04 au Nouveau-Brunswick, 2,01 en Nouvelle-Écosse, 1,76 au Manitoba et 1,60 en Saskatchewan.

**Tableau 17. Nombre total de demandes de remboursement et TCAM prévus selon les changements démographiques**

Nombre total prévu de demandes de remboursement (milliers)					
	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse
2006 <sup>a</sup>	7 582,5	4 379,8	4 980,3	1 900,6	3 021,5
2011	8 757,7	4 432,8	5 241,0	2 113,6	3 330,3
2016	10 612,9	4 811,8	5 838,7	2 477,5	3 863,4
2021	13 035,4	5 450,4	6 647,3	2 903,3	4 528,0
2026	16 008,5	6 260,5	7 669,5	3 395,0	5 312,9
2031	18 996,6	7 000,8	8 765,9	3 878,0	6 065,0
Taux de croissance annuels moyens					
	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse
2006 à 2011	2,9 %	0,2 %	1,0 %	2,1 %	2,0 %
2011 à 2016	3,9 %	1,7 %	2,2 %	3,2 %	3,0 %
2016 à 2021	4,2 %	2,5 %	2,6 %	3,2 %	3,2 %
2021 à 2026	4,2 %	2,8 %	2,9 %	3,2 %	3,2 %
2026 à 2031	3,5 %	2,3 %	2,7 %	2,7 %	2,7 %
Période de 25 ans (2006 à 2031)	3,7 %	1,9 %	2,3 %	2,9 %	2,8 %

<sup>a</sup> Représente le nombre réel de demandes de remboursement en 2006.

**Graphique 9. Ratios des opérations relatives aux ordonnances (coûts totaux des ordonnances pour l'année prévue par rapport à l'année de référence 2006)**



## 7 Dépenses en médicaments d'ordonnance par rapport au nombre d'opérations relatives aux demandes de remboursement

Les dépenses en médicaments d'ordonnance et le nombre d'opérations relatives aux demandes de remboursement devraient suivre des tendances similaires (à la hausse ou à la baisse), mais ils peuvent différer dû à différents facteurs, notamment :

- les changements de fond qui limitent ou prolongent la période (nombre de jours couverts par l'ordonnance) pour laquelle une ordonnance peut être délivrée;

- les changements démographiques des cohortes d'âge-sexe sur 5 ans au sein desquelles des médicaments au coût plus élevé ou plus faible sont prescrits;
- les changements dans les tendances des médecins dans leur prescription d'un traitement à coût plus bas plutôt qu'un traitement à coût plus élevé, ou vice versa.

Comme le montre le tableau 18, les taux de croissance en raison du changement démographique sont très semblables lorsqu'on compare les dépenses en médicaments d'ordonnance et le nombre de demandes de remboursement.

**Tableau 18. Comparaison des taux de croissance annuels moyens (TCAM) en raison du changement démographique pour les dépenses en médicaments d'ordonnance (MO) et le nombre d'opérations relatives aux demandes de remboursement pour les médicaments d'ordonnance (OD)**

Analyse historique										
	Alberta		Saskatchewan		Manitoba		Nouveau-Brunswick		Nouvelle-Écosse	
	MO	OD	MO	OD	MO	OD	MO	OD	MO	OD
2002-2006	3,3 %	3,5 %	0,6 %	0,7 %	1,1 %	1,3 %	1,3 %	1,2 %	0,8 %	0,7 %
Analyse des projections										
	Alberta		Saskatchewan		Manitoba		Nouveau-Brunswick		Nouvelle-Écosse	
	MO	OD	MO	OD	MO	OD	MO	OD	MO	OD
2006-2011	2,9 %	2,9 %	0,3 %	0,2 %	1,1 %	1,0 %	2,2 %	2,1 %	2,0 %	2,0 %
2011-2016	4,1 %	3,9 %	1,8 %	1,7 %	2,5 %	2,2 %	3,4 %	3,2 %	3,2 %	3,0 %
2016-2021	4,4 %	4,2 %	2,7 %	2,5 %	2,9 %	2,6 %	3,4 %	3,2 %	3,3 %	3,2 %
2021-2026	4,2 %	4,2 %	2,9 %	2,8 %	3,1 %	2,9 %	3,2 %	3,2 %	3,2 %	3,2 %
2026-2031	3,3 %	3,5 %	2,2 %	2,3 %	2,5 %	2,7 %	2,5 %	2,7 %	2,6 %	2,7 %
2006-2031	3,8 %	3,7 %	1,9 %	1,9 %	2,4 %	2,3 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %	2,8 %



## 8 Conclusions

Dans le passé (2002–2006), les dépenses réelles en médicaments d'ordonnance ont augmenté à un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 5,3 % en Nouvelle-Écosse et de 6,6 % en Alberta. Les TCAM des dépenses en médicaments d'ordonnance attribuables uniquement au changement démographique sont les suivants : l'Alberta 3,3 %, le Nouveau-Brunswick 1,3 %, le Manitoba 1,1 %, la Nouvelle-Écosse 0,8 % et la Saskatchewan 0,6 %.

Les prévisions ne comprennent pas les augmentations dues à d'autres facteurs, tels que le changement technologique, les habitudes de prescription ou l'intensification du traitement. À ce titre, les nombres prévus sous-estiment probablement ce que connaîtront les régimes publics d'assurance-médicaments dans l'avenir, à la fois en termes de dépenses totales en médicaments d'ordonnance et de nombre de demandes de remboursement. Ce rapport de recherche ne tente pas de prévoir les effets futurs de toute autre influence.

D'ici 2016, les TCAM des dépenses en médicaments d'ordonnance imputables au changement démographique seront considérablement plus élevés que les taux antécédents dans leurs provinces respectives. De 2016 à 2021, notamment, les TCAM des dépenses en médicaments d'ordonnance dus au changement démographique sont prévus comme suit : l'Alberta 4,4 %, le Nouveau-Brunswick 3,4 %, le Manitoba 2,9 %, la Nouvelle-Écosse 3,3 % et la Saskatchewan 2,7 %.

D'ici 2031, les dépenses en médicaments d'ordonnance augmenteront d'un facteur de 2,52 en Alberta, de 1,62 en Saskatchewan, de 1,81 au Manitoba, de 2,05 au Nouveau-Brunswick et de 2,02 en Nouvelle-Écosse à la suite du changement démographique.

Des conclusions similaires concernent le nombre de demandes de remboursement : au cours de la période de 25 ans, le nombre de demandes de remboursement devrait augmenter d'un facteur de 2,51 en Alberta, de 1,60 en Saskatchewan, de 1,76 au Manitoba, de 2,04 au Nouveau-Brunswick et de 2,01 en Nouvelle-Écosse.

L'incidence des changements démographiques est remarquable; toutefois, ces conclusions ne peuvent pas être extrapolées pour la population en général ou d'autres secteurs du système de soins de santé.



## 9 Bibliographie

- ICIS. 2005. *Dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon le groupe d'âge, le sexe et les catégories principales : taux de croissance récents et futurs*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa.
- ICIS. 2008. *Dépenses en médicaments au Canada de 1985 à 2007*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa.
- Denton, F.T., A. Gafni et B.G. Spence. 2002. « Exploring the effects of population change on the costs of physician services », dans *Journal of Health Economics*, vol. 21, p. 781–803.
- Garrett, M., et B.A. Martini. 2007. « The Boomers Are Coming: A Total Cost of Care Model of the Impact of Population Ageing on the Cost of Chronic Conditions », dans *Disease Management*, vol. 10, n° 2, p. 51–60.
- Statistique Canada. 2005. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, avec tableaux électroniques détaillés, 2005–2056*, Statistique Canada, Ottawa, N° de catalogue 91-520-SCB.
- Statistique Canada. 2006. *Compendium des estimations démographiques*. Statistique Canada, Ottawa, N° de catalogue 91–213.

## Annexe 1 : Méthode et formules

### A. Analyses historiques

#### i. Rajustement en fonction de l'inflation des prix :

Dollars constants  $_{AC,R} = (\text{Dépenses}_{AC,R}) \times (\text{facteur de rajustement de l'IPC}_{AC,R})$

Facteur de rajustement de l'IPC  $_{AC,R} = \text{IPC}_{AR,R} / \text{IPC}_{AC,R}$

selon lequel...

IPC = Indice des prix à la consommation provincial  
AR = Année de référence (2006)  
AC = Année en cours  
R = Régime

#### ii. Calculs antérieurs à l'aide des coûts par bénéficiaires / demandes de remboursement de 2006

ED sur les dépenses  $_{AC}^{SA} = (\text{CMB}_{AR}^{SA}) \times (\text{nombre de bénéficiaires}_{AC}^{SA})$

selon lequel...

ED = Effet démographique  
CMB = Coût moyen par bénéficiaire  
S = Sexe  
A = Cohorte sur 5 ans par catégories d'âge  $\geq$  de 65 ans à 89 ans, 90+  
AR = Année de référence (2006)  
AC = Année en cours (de 2002 à 2006)

Nombre de demandes ED  $_{AC}^{SA} = (\text{NMDB}_{AR}^{SA}) \times (\text{nombre de bénéficiaires}_{AC}^{SA})$

selon lequel...

ED = Effet démographique  
NMDB = Average Number of Claims per Beneficiary  
S = Sexe  
A = Cohorte sur 5 ans par catégories d'âge  $\geq$  de 65 ans à 89 ans, 90+  
AR = Année de référence (2006)  
AC = Année en cours (de 2002 à 2006)

## B. Analyses pour l'année prévue

### i. Dépenses prévues

$$\text{Dépenses en dollars constants}_{APR}^{SA} = \text{CMB}_{ARR}^{SA} [(\text{TP}_R^{SA}) \times (\text{Population}_{APR}^{SA})]$$

selon lequel...

- CMB = Coût moyen par bénéficiaire
- TP = Taux de participation moyen pour les données des trois dernières années du SNIUMP
- S = Sexe
- A = Cohorte sur 5 ans par catégories d'âge  $\geq$  de 65 à 89 ans, 90+
- AR = Année de référence (2006)
- AP = Année prévue

### ii. Nombre prévu de demandes

$$\text{Nombre de demandes}_{APR}^{SA} = \text{NMDB}_{ARR}^{SA} [(\text{TP}_R^{SA}) \times (\text{Population}_{APR}^{SA})]$$

selon lequel...

- NMDB = Nombre moyen de demandes par bénéficiaire
- TP = Taux de participation moyen pour les données des trois dernières années du SNIUMP
- S = Sexe
- A = Cohorte sur 5 ans par catégories d'âge  $\geq$  de 65 à 89 ans, 90+
- AR = Année de référence (2006)
- AP = Année prévue

## C. Analyses générales

### i. Taux de croissance annuel moyen

$$\text{TCAM} = (e[\ln(\text{valeur à la fin de la période}) - \ln(\text{valeur au début de la période})]/(T-1)) - 1$$

selon lequel...

- TCAM = Taux de croissance annuel moyen
- e = 2,718 qui est le logarithme naturel
- T = Nombre d'années de la période

## Annexe 2 : Glossaire des termes

**Nombre de bénéficiaires actifs** : Nombre de personnes dont le régime ou le programme public a approuvé au moins une partie de la demande pour une franchise (s'il y a lieu) ou un paiement.

**Indice des prix à la consommation (IPC)** : Indicateur des variations des prix à la consommation payés par les Canadiens aux niveaux national, provincial et territorial. Pour l'établir, on compare au fil du temps le coût d'un panier fixe de produits achetés par les consommateurs.

**Ratio de dépendance des personnes âgées de 65 ans ou plus** : Ratio de la population de personnes âgées par rapport à la population d'âge actif (de 15 à 64 ans).

**Numéro d'identification du médicament (DIN)** : Numéro attribué par Santé Canada à un médicament avant de le commercialiser au Canada.

**Supplément de revenu garanti (SRG)** : Prestations supplémentaires allouées aux personnes âgées à faible revenu qui perçoivent déjà des prestations de Sécurité de la vieillesse, instaurées par le gouvernement fédéral.

**Dépenses en médicaments d'ordonnance** : Somme du nombre total en dollars de demandes approuvées par le régime ou le programme comme admissible à la franchise (le cas échéant) ou au paiement.

**Nombre de demandes** : Nombre de demandes pour lesquelles au moins une partie de la demande a été approuvée par le régime ou le programme public pour une franchise (s'il y a lieu) ou un paiement.